CONCOURS POUR UNE CHAIRE

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE,

A LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

QUESTION POSÉE :

Des fistules recto-vaginales, et vésico-vaginales.

THÈSE

PAR D. GUERBOIS,

Chirurgien titulaire de l'Hôpital de la Charité et du collége royal de Louis-le-Grand, ex-chirurgien de première classe des armées françaises, membre de l'Académie royale de Médecine.

PARIS,

IMPRIMERIE DE MOQUET ET COMP., RUE DE LA HARPE, 90.

JUILLET 1834.

0 1 2 3 4 5 (cm)

JURY.

PROFESSEURS :

MM. CLOQUET, JULES — PRÉSIDENT.
DUPUYTREN,
MARJOLLIN,
GERDY,
ROUX,
CRUVEILHIER,
MOREAU,
DUBOIS, — SÉCRÉTAIRE.
ORFILA, — SUPPLÉANT.

ACADÉMICIENS.

MM. LARREY,
RENOULT,
GIMELLE,
AMISSAT,
BARBIER, — SUPPLÉANT.

CONCURRENS :

MM. VELPEAU,
BÉRARD,
LEPELLETIER,
LISFRANC.

MM. GUERBOIS,
BLANDIN,
SANSON,

DES FISTULES

RECTO-VAGINALES,

ET

VÉSICO-VAGINALES,

OU EN D'AUTRES TERMES :

..es fistules vaginales communiquant soit avec le rectum, soit avec la vessie, soit avec ces deux organes à la fois.

Prolégomènes.

Avant de traiter cette triple question, il est essentiel d'examiner les rapports exacts du vagin avec la vessie d'une part, et le rectum de l'autre ; il est donc nécessaire de donner dès à présent une ..scription succincte de ce canal.

Du Vagin.

Le vagin, en latin *vagina* gaîne, est un canal membraneux qui s'étend obliquement entre la

vulve et le col de la matrice. Placé au centre du détroit inférieur du bassin, il est uni, par un tissu cellulaire très fin, à la face postérieure de la vessie et du canal de l'urètre par sa face antérieure; et par sa face postérieure, il est en rapport avec la face antérieure de l'intestin rectum. Long de cinq à six pouces, sa largeur est d'un pouce environ; mais grâce à sa grande extensibilité, ses rapports et ses dimensions peuvent subir de grands changemens. Plus long chez les filles, plus large chez les femmes, dans l'accouchement il acquiert souvent en quelques heures un développement assez large pour livrer passage à la tête d'un enfant de 9 mois. Il revient peu à peu sur lui-même, mais il reste toujours plus large qu'avant l'accouchement.

Sa forme est à peu près cylindrique; il est un peu déprimé de devant en arrière dans sa région inférieure; il est légèrement recourbé du côté du pubis. Ses deux extrémités sont coupées obliquement, de manière que sa paroi antérieure est moins longue que la postérieure.

Le vagin présente deux surfaces : une externe, l'autre interne, et deux extrémités.

On distingue à sa surface externe une région antérieure, une postérieure et deux latérales. La région antérieure, légèrement inclinée en haut, un peu concave, est en rapport avec la vessie et le canal de l'urètre; avec la vessie par un tissu cel-

lulaire assez lâche, avec le canal de l'urètre par un tissu cellulaire plus dense et plus serré. La région postérieure, inclinée en bas et un peu concave, est en rapport avec la face antérieure de l'intestin rectum. Sa région supérieure, recouverte par le péritoine, est contigüe à cet intestin. Sa région inférieure, dépourvue de péritoine, est unie au rectum par un tissu cellulaire assez lâche supérieurement et plus dense inférieurement. Les régions latérales, garnies d'un tissu cellulaire très abondant, correspondent aux artères du plexus formé par les artères et les veines de la matrice et du vagin, et inférieurement aux muscles releveurs de l'anus.

La surface interne du vagin offre une assez grande quantité de rides, moins nombreuses et moins saillantes à la région supérieure, mais offrant des directions dans tous les sens. Ces rides dans la région moyenne ont une direction transversale et ont une tendance à se diriger du côté de l'orifice du vagin. Beaucoup plus prononcées sur les parois antérieures et postérieures, elles sont peu appréciables sur les parois latérales; elles sont d'autant plus saillantes, qu'on les observe plus près de la région inférieure. Elles sont formées en totalité par la membrane muqueuse vaginale, et probablement destinées à favoriser le développement de ce canal membraneux, pendant l'accouchement

qui fait disparaître en partie ces mêmes rides, qui se rétablissent plus tard; toutefois chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfans, elles disparaissent presque complètement.

On remarque à la face interne du vagin un grand nombre de petits trous qui sont les orifices des sinus muqueux, qui fournissent les mucosités abondantes *destinées* à lubrifier cette surface. On rencontre encore quelquefois dans le vagin des taches grises brunâtres, surtout à sa région supérieure. Cette extrémité est unie à la partie inférieure du col de la matrice; elle l'entoure obliquement, de manière que la paroi antérieure du vagin est plus rapprochée de l'orifice de l'utérus et la paroi postérieure plus éloignée, disposition qui établit un espace plus considérable, entre le vagin et le col de la matrice, en arrière qu'en avant.

L'extrémité inférieure du vagin se termine à la partie inférieure de la vulve, au devant de l'extrémité inférieure de l'intestin rectum.

Les parois du vagin offrent des variétés dans leurs couleurs; tantôt blanchâtres, tantôt d'un rouge-pâle, tantôt brunâtres, elles sont surtout remarquables par leur épaisseur vers l'extrémité inférieure de ce canal; elles sont surtout formées par un tissu dense, celluleux, serré, extensible, qui contient des plexus veineux assez nombreux. Ce tissu celluleux présente quelques fibres longitudinales,

transversales, ou circulaires assez fortes et assez résistantes, et qui donnent au vagin des propriétés contractiles, faciles à apprécier par la main de l'accoucheur pendant le travail de l'enfantement.

L'extérieur du vagin est recouvert par le péritoine dans sa région supérieure et postérieure. Dans le reste de son développement il est environné d'une substance celluleuse assez abondante, et dans laquelle se ramifient beaucoup de vaisseaux sanguins.

Le vagin présente sur toute sa face interne une membrane muqueuse, continue avec celle de la vulve et de l'utérus. C'est elle qui forme les rides dont nous avons parlé plus haut, et qui favorise surtout le développement de ce canal.

L'extrémité inférieure du vagin est embrassée par un espèce de tissu érectile, ayant beaucoup d'analogie avec les corps caverneux.

Le vagin reçoit ses artères de l'hypogastrique; ses veines se rendent dans un plexus qui est couché sur ses parties latérales, et dans lequel se rendent aussi les veines du clitoris; les vaisseaux lymphatiques du vagin sont assez nombreux, ses nerfs lui sont fournis par les dernières paires sacrées.

Le vagin est surtout remarquable par la propriété de se dilater quelquefois très promptement et d'acquérir des dimensions très considérables

dans tous les sens. A plus forte raison peut-il acquérir *gradatim* un développement extraordinaire. Dans notre première supposition, on peut voir tous les jours la tête très volumineuse d'un enfant venant à terme, produire dans l'espace de deux ou trois heures et quelquefois plus tôt, une dilatation telle, que cette même tête franchit ce canal avec une extrême facilité, sans laisser aucune trace fâcheuse de son passage à travers ce conduit membraneux, qui revient peu à peu sur lui-même et ne présente par la suite que des dimensions très peu considérables.

Dans notre seconde supposition, on voit assez souvent des tumeurs se développer dans l'intérieur du vagin et acquérir peu à peu des dimensions très étendues dans leurs différens diamètres, et distendre par conséquent le vagin, soit dans son diamètre longitudinal, soit dans son diamètre transversal. Ainsi des phlegmons, des lipômes, des steatômes, des polypes fibreux, tantôt carcinomateux, déterminent progressivement une dilatation énorme du vagin; mais ici comme dans le premier cas, quand ce canal est délivré des causes qui ont produit sa dilatation, il revient peu à peu sur lui-même, pour reprendre à peu près ses dimensions normales.

PREMIÈRE SECTION.

Des fistules recto-vaginales.

Avant d'examiner les fistules recto-vaginales, il faut jeter un coup d'œil sur les causes qui préparent, qui déterminent et qui entretiennent ces affections. Ces causes ne peuvent guère être déterminées par des agens extérieurs, elles sont plutôt produites par des causes locales ou par des causes internes.

Elles ne peuvent pas être déterminées, disons-nous, par des causes externes ; en effet la situation du vagin doit le mettre à l'abri de l'action des causes qui produisent des plaies.

Je sais bien qu'on cite quelques circonstances assez rares dans lesquelles des femmes ont présenté des plaies du vagin après être tombées sur des corps anguleux et déchirans.

Je sais bien qu'on parle encore de brûlures observées sur des enfans tombés dans un vase rempli d'eau bouillante, ou sur des charbons ardens. Mais ici les brûlures, les plaies bornent

leur action au vagin, au vagin seul, sans intéresser ni la vessie ni le rectum. Et en supposant qu'un de ces corps anguleux et piquans auxquels nous accordions tout-à-l'heure la possibilité de produire une plaie du vagin, ait intéressé les tuniques du rectum dans toute leur épaisseur, et qu'il ait produit une communication entre le rectum et le vagin, je suis très disposé à penser que les traces de cette lésion disparaîtraient promptement à l'aide d'un traitement méthodiquement dirigé, et surtout basé sur l'emploi de moyens antiphlogistiques, de boissons délayantes et gommées; d'injections émollientes et narcotiques dans le vagin, de lavemens émolliens administrés plusieurs fois par jour et secondés par une diète aussi sévère que possible. De cette manière on éviterait l'établissement de la maladie que nous avons à traiter, c'est-à-dire la fistule recto-vaginale. Nous avons dit que ces sortes de maladies pouvaient être déterminées par une cause locale; en effet on voit assez souvent des inflammations occuper un des points du vagin, soit dans la membrane muqueuse seulement, soit dans toute son épaisseur; ces inflammations se terminent souvent par des abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes à la face interne du vagin, ou bien qu'il faut ouvrir avec l'instrument tranchant. Une seconde, une troisième inflammation peuvent se représenter

sur le même point, et à la suite d'un travail plus profond, compromettre les tuniques du rectum, et déterminer une ouverture communiquant avec l'intérieur de cet intestin. Nous avons alors une ouverture recto-vaginale qui, si elle n'est pas guérie dans un laps de temps assez court, constituera une fistule recto-vaginale. Ici nous devons regarder cette affection comme une plaie, et c'est cette condition de plaie qui doit nous faire espérer une guérison prompte et facile. En effet, il n'existe pas de pertes de substances, et la nature n'a pas encore employé inutilement ses forces pour combattre un état pathologique de perforation.

M. le docteur Vidal de Rossis, dont nous aurons occasion de reparler avec plaisir, attribue la production de ces inflammations à l'abus qu'on fait de l'application du spéculum dans la vaginite aiguë. En effet, l'usage douloureux de ce moyen répété tous les jours et plusieurs fois par jour est au moins inutile, et il doit déterminer souvent le développement de cet état inflammatoire que nous venons de signaler; d'autres fois la destruction des tuniques du vagin et du rectum est produite par une inflammation aiguë qui, se terminant par une escharre gangréneuse, produit une perforation qui établit une communication entre le rectum et la vessie.

D'autres fois, à la suite d'un accouchement, la

cloison recto-vaginale a été rompue complètement.

Un lipôme peut se développer dans l'épaisseur des tuniques du vagin, arriver à un état inflammatoire et déterminer la formation d'un abcès communiquant avec le rectum. Telles sont les causes locales qui peuvent produire l'établissement d'une fistule *recto vaginale*.

Sans doute il peut s'en présenter un plus grand nombre; mais je pense qu'il nous suffit d'avoir indiqué ces circonstances pour expliquer la théorie de la formation des fistules *recto-vaginales* ou plutôt *vagino-rectales;* car le point de départ ici a son siége dans le vagin.

Causes internes.

Parmi les causes internes parlerons-nous de la constitution scorbutique, de la constitution ultra-lymphatique, vulgairement désignée sous le nom de scrophuleuse? J'avoue que je suis peu disposé à croire à l'influence de ces deux constitutions dans une pareille occurrence.

Le virus syphilitique au contraire peut déterminer et détermine souvent et simultanément la destruction des tuniques du vagin et celles de l'intestin rectum sur un point limité et correspon-

dant : une affection cancéreuse ayant son siége soit dans le vagin soit dans le rectum, peuvent encore produire la même série de phénomènes.

Quand cette destruction des tuniques recto-vaginales existe depuis quelque temps et qu'elle a pendant ce temps livré passage aux matières stercorales à travers le vagin en plus ou moins grande quantité, il existe une fistule recto-vaginale. Nous en connaissons les causes, nous en connaissons les signes; voyons quels moyens nous emploierons pour les combattre? Si la cause est syphilitique, il faut d'abord employer un traitement général et un traitement local spécifiques; je n'ai pas besoin de m'en occuper ici, attendu que rien n'est plus connu que le traitement des affections vénériennes. Quand ce double traitement sera terminé et que l'affection sera purement et simplement locale, on pourra avoir recours à l'emploi de divers moyens; le premier, le plus simple de tous est la compression; elle se fait à l'aide de deux plaques de métal oblongues dont l'une est introduite dans le rectum et l'autre dans le vagin et au moyen d'un mécanisme très simple; ces deux plaques serrées à volonté *l'une contre l'autre* par une vis de rappel rapprochent les unes des autres les tuniques recto-vaginales et favorisent leur réunion en empêchant d'une part les mucosités du vagin, de se trouver en contact avec l'ouverture vaginale et en éloignant d'autre

part de l'ouverture rectale les matières stercorales, je n'ai pas besoin de dire que ces deux plaques sont garnies l'une et l'autre de petits coussins surmontés par une enveloppe de taffetas gommé pour résister à l'action des mucosités vaginales ou rectales.

En employant pendant dix ou quinze jours cette compression, on peut obtenir une consolidation complète : c'est un succès de cette espèce qui a été obtenu par M. Cullerier oncle une fois, une seule fois à la vérité ; car depuis cette époque l'emploi de ce moyen a été tenté souvent sans obtenir aucun résultat. M. Cullerier neveu, l'un de nos honorables confrères, a essayé plusieurs fois dans de pareilles circonstances la compression par le moyen que je viens d'indiquer, et toujours il a été obligé d'y renoncer à cause de l'inflammation, de l'état nerveux, de la fièvre et autres accidens qui étaient provoqués par cette compression. Sans doute on peut varier pour ainsi dire à l'infini les divers modes de compression indiqués dans cette circonstance ; un corps arrondi et oblong introduit dans le vagin et maintenu à demeure dans ce canal par un bandage approprié ; un tampon de charpie rendu solide et enduit d'un corps gras pour faciliter son introduction est maintenu pendant plusieurs jours sur les bords de la fistule; des moyens mécaniques en ivoire, en gomme élastique, etc.,

peuvent être employés tour à tour, et tantôt avec succès, tantôt inutilement, tantôt produisant des accidens plus graves que ceux qui existent.

Ce moyen, sur lequel il est impossible de compter pour guérir les fistules recto-vaginales, a dû faire place à de nouvelles tentatives. On a eu recours à l'usage des caustiques; on a employé tantôt le nitrate d'argent fondu, tantôt le fer chauffé à blanc; dans l'une et l'autre circonstance les bords de l'ouverture enflammés, tuméfiés, se rapprochent fortement l'un de l'autre, et pendant 5 à 6 jours les urines passent en totalité par la sonde; mais après 8 ou 10 jours, la malade sent quelques gouttes d'urine arriver dans le vagin en traversant la fistule. En revenant successivement à plusieurs cautérisations modifiées selon les différens symptômes qui se présentent à l'œil du chirurgien, et grâce à cette persévérance, la maladie se termine par une guérison complète.

Nous ne parlons pas ici de l'emploi des caustiques liquides dont l'application est toujours difficile et même dangereuse; je crois qu'on ne peut proposer raisonnablement la cautérisation qu'au moyen du nitrate ou du fer rougi à blanc et terminé en haricot, selon la méthode de M. le baron Dupuytren.

Malheureusement on ne peut compter qu'un très petit nombre de cas dans lesquels l'emploi de la

cautérisation ait été couronné de succès, il a donc fallu recourir à l'emploi d'un moyen plus positif, plus précis; on a conseillé la suture.

Pour pratiquer cette opération, il faut d'abord aviver les bords de la fistule soit avec des ciseaux légèrement recourbés sur leur plan, soit à l'aide du bistouri, qui ne peut agir que quand les bords ont été saisis l'un après l'autre par des pinces longues, étroites et portant à leurs pointes des rainures et des saillies bien tranchées. Cette première opération faite, on introduit dans le rectum un gorgeret arrondi destiné à soulever et à soutenir les tuniques de cet intestin pour favoriser les points de suture qui peuvent être pratiqués à l'aide d'aiguilles modifiées selon le génie du chirurgien qui les emploie. Ces points de sutures doivent être maintenus pendant 7 à 8 jours et quelquefois d'avantage pour assurer la réussite de cette opération et la réunion solide des lèvres de la plaie.

Il est inutile de dire ici que, pour favoriser le succès de l'emploi de ces moyens, il est nécessaire que le malade soit soumis à une diète sévère, et surtout qu'il ne fasse usage, que de substances alimentaires produisant peu de matières stercorales, substances qui seront toujours prises en petite quantité. Des boissons gommeuses, adoucissantes, seront administrées à petites doses et fréquemment.

Il faut aussi avoir recours à l'usage des injec-

tions émollientes dans le vagin faites plusieurs fois dans la journée; il faut de plus employer les lavemens mucilagineux pour prévenir toute constipation qui serait une complication très facheuse dans une pareille circonstance.

Au bout de huit ou dix jours la consolidation doit être obtenue, et si elle n'était point complète, on pourrait parvenir à ce dernier résultat par l'application des caustiques modifiés par les indications plus ou moins variées qui pourraient se présentere.

Noel de Rheims obtenu par cette méthode un succèscomplet.

Saucerotte rapporte aussi une observation dans laquelle il n'a pas été moins heureux que Noel.

Ce moyen a été employé à plusieurs reprises, mais il n'a pas toujours répondu à l'attente des chirurgiens, quelque habiles qu'ils fussent.

1° Il n'est pas toujours facile d'aviver les bords de la fistule d'une manière complète.

2° La ligature, si elle n'est pas suffisamment serrée, laisse entre les bords de la plaie un petit intervalle qui favorise le passage des mucosités du vagin dans le rectum et le suintement d'un liquide stercoral dans le vagin, de manière que la réunion exacte des bords de la plaie ne peut être obtenu.

D'un autre côté, si la ligature est fortement

serrée et qu'elle rapproche énergiquement les bords de la plaie l'un contre l'autre, il est à craindre que ces bords ne soient déchirés par l'action des fils, et que le chirurgien ne soit obligé de revenir à une seconde et même à une troisième opération.

Pour obvier à ces inconvéniens, M. le docteur Colombat (de l'Isère), un de nos confrères les plus recommandables, et dont l'esprit inventif est toujours sur le chemin d'une découverte utile, a imaginé un instrument, ou pour mieux dire trois instrumens pour le traitement des fistules recto-vaginales. Le premier est disposé comme un tire-bouchon étroit, alongé et arrondi, cet instrument est armé d'un fil qui, attaché à sa pointe suit tous les mouvemens de cet instrument perforateur qui, commençant la suture au point le plus déclive, pique d'abord la lèvre interne à deux lignes de son bord libre, jusqu'au point correspondant de sa face postérieure, vient percer le bord externe par sa partie postérieure, et vient ressortir à sa face antérieure, toujours à deux lignes de distance du bord libre; il continue les autres points de suture de la même manière, jusqu'à ce que toute l'étendue de la fistule soit recouverte et rapprochée par cette suture; il retire l'instrument en laissant le fil dans la plaie. Le second instrument ressemble assez au premier,

avec cette différence qu'il porte sur sa convexité une rainure destinée à logér le fil qui doit suivre la marche de l'instrument. La pointe de cet instrument est mobile; elle peut être détachée à l'aide de pinces recourbées, par ce moyen le fil est retenu dans la plaie et l'instrument est retiré avec plus ou moins de facilité.

Enfin, le docteur Colombat a un troisième instrument semblable au premier, avec cette différence qu'il doit être fait d'après les dimensions de la fistule, afin qu'une fois placé, il puisse y rester à demeure et faire lui-même office de ligature; car, la tige qui soutient cet instrument se dévisse facilement et peut être retirée aussitôt que les lèvres de la plaie sont rapprochées et maintenues en contact par la présence du perforateur.

Quand l'opérateur croit que la consolidation est obtenue, il met la tige qui a servi à introduire l'instrument à la place qu'il occupait d'abord, c'est à dire la base du perforateur, fixe cette tige de manière à retirer l'instrument en lui faisant suivre une marche inverse à celle qu'il lui avait imprimée pour l'introduire et faire la suture.

L'expérience seule peut nous apprendre quels seront les succès de ces idées ingénieuses, et quels seront les résultats de leur application au traitement des fistules recto-vaginales. Toutefois nous devons applaudir aux efforts et aux travaux d'une imagi-

nation qui doit nous donner d'heureuses espérances pour l'avenir.

Quant aux fistules recto-vaginales qui sont produites par la diathèse cancéreuse, elles sont toujours au dessus des moyens de l'art ; car elles ne sont qu'un symptôme d'une affection grave dont les progrès doivent faire périr au milieu des douleurs les plus atroces les malheureuses victimes qui en sont atteintes.

Ainsi, pour nous résumer, les fistules recto-vaginales récentes et peu étendues ont été guéries :

1° Par un repos absolu, par des lotions émollientes portées dans le vagin, par des lavemens mucilagineux répétés fréquemment, par un régime sévère et un laps de temps plus ou moins long.

Ruysch cite une observation de ce genre.

Philippe de Mortagne en rapporte également une.

M. Deschamps, élève interne de l'hôpital Cochin, en cite un exemple constaté sur une femme de 68 ans, morte à l'hospice de la Salpétrière en 1833.

2° Par la compression, moyen qui toutefois a été employé inutilement et qu'on a été obligé d'abandonner à cause des accidens qu'il déterminait. N'a-t-on pas vu souvent des pessaires en bois ou en ivoire produire des fistules recto-vaginales et même vésico-vaginales.

3° Par l'application de caustiques, variée et combinée selon les différens symptômes qui se présentaient.

4° Par l'application des sutures.

Les fistules recto-vaginales qui ont résisté à l'emploi de ces divers moyens doivent être regardées comme incurables; telles sont toutes les fistules qui offrent une déperdition de substances très considérable; telles sont surtout les fistules qui sont produites par une affection cancéreuse profonde qui se termine toujours par la mort du sujet.

Il est des fistules recto-vésicales congéniales. M. Dupuytren rapporte dans un article qu'il a publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, une observation faite par M. Lépine qui vit une petite fille de six jours dont le vagin donnait issue à quelques parcelles de méconium; l'enfant éprouvait tous les accidens produits par l'interruption des matières stercorales et la fistule recto-vaginale ne commençait à s'établir que depuis peu de temps, bien qu'il n'existât pas de sillon interfessier.

Un chirurgien tenta de découvrir l'anus, il fit une incision à la peau du périnée, entre la pointe du coccyx et la commissure supérieure de la vulve. Cette incision permit de voir entre les bords de la plaie une tumeur fluctuante formée par l'intestin.

Une ouverture pratiquée à la partie inférieure de cet intestin facilita la sortie d'une grande quantité de gaz et de méconium; la fistule recto-vaginale s'oblitéra complètement, et la petite fille succomba trois ans après à une maladie qui n'avait aucun rapport avec sa fistule recto-vaginale congéniale.

M. le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens, rapporte dans le treizième volume du *Journal hebdomadaire de médecine*, l'histoire d'une femme de 22 ans, grande, forte et d'une bonne santé, qui n'a point d'anus et chez laquelle les matières stercorales sont expulsées volontairement en traversant une ouverture ou plutôt un passage recto-vaginal.

Il est probable que chez cette femme, l'ouverture qui existe au rectum est munie de sphincters qui s'opposent à l'issue involontaire des matières stercorales; circonstance qui nous prouve que, même dans ses écarts, la nature tend toujours à diminuer les souffrances et les accidens auxquels l'espèce humaine est exposée.

Les deux vices de conformation que je viens de rapporter n'appartiennent pas entièrement au sujet que je dois traiter. Toutefois, ils m'ont paru offrir avec ce même sujet une grande analogie, et c'est pour ce motif que je n'ai pas voulu les laisser passer inaperçus. En effet, dans le premier cas, c'est à dire dans l'histoire rapportée par M. Lé-

pine, le chirurgien, en pratiquant une ouverture à la place occupée ordinairement par l'anus, en incisant largement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans cette région; ne pouvait exposer l'enfant à aucune espèce de danger, il remplissait donc une indication sage, rationelle, consciencieuse.

Sans doute il dut s'estimer très heureux de rencontrer l'anse intestinale entre les bords de cette ouverture; mais ne l'eût-il point trouvé, sa conduite n'en aurait pas été moins estimable, car il avait fait tout ce qu'il devait faire, et l'homme qui remplit son devoir a toujours la conscience tranquille.

Dans le second cas, je veux dire dans l'observation rapportée par M. le docteur Ricord, une femme de 22 ans présentant les circonstances que je viens d'énoncer plus haut, c'est à dire communication du rectum avec le vagin, expulsion volontaire des matières stercorales à travers ce même canal, la femme ayant d'ailleurs une excellente santé, la chirurgie peut-elle, doit-elle imaginer et proposer un moyen pour combattre ce vice de conformation? je ne le pense pas.

Il est des bornes qu'on ne peut franchir, c'est un aveu pénible sans doute; mais il est impossible de nier l'évidence.

DEUXIÈME SECTION.

Des fistules vésico-vaginales.

On donne le nom de fistule vésico-vaginale à cette affection chirurgicale qui permet à l'urine d'arriver dans le vagin et de s'écouler constamment par ce conduit, sans que la volonté de la femme puisse opposer le moindre obstacle à son passage. Ce suintement permanent des urines ne peut exister que par la communication de la vessie avec le vagin au moyen d'une perforation des membranes vésicales et vaginales qui se correspondent. Cette maladie ou plutôt cette infirmité est une des plaies les plus fâcheuses et les plus pénibles auxquels les femmes puissent être condamnées. Aussi dans de si déplorables circonstances, le chirurgien ne doit avoir ni repos ni cesse avant d'avoir trouvé le moyen de soulager et de guérir la malade confiée à ses soins.

Je me hâte de dire ici que dans le sujet qui m'a été donné il n'est pas question de la fistule urétro-vaginale, mais bien de la vésico-vaginale ce qui

tranche d'une manière nette et précise les différens points pathologiques que je dois examiner.

La paroi antérieure et supérieure du vagin en contact avec le bas-fond de la vessie auquel elle se trouve unie par un tissu cellulaire assez abondant, ne présente pas, comme sa face qui est en rapport avec le rectum de points inflammatoires fréquens; elle est inaccessible à l'action des corps extérieurs.

Les causes internes, sans en excepter le virus syphilitique, atteignent rarement le vagin dans la région dont nous parlons; le vice cancéreux est une cause à part contre laquelle la chirurgie est impuissante, et qui par cette même raison ne doit pas nous occuper ici. Ainsi nous voyons que les causes qui peuvent préparer l'établissement d'une fistule vésico-vaginale ont rarement leur point de départ au vagin, et pourtant ces maladies sont malheureusement trop fréquentes; c'est donc vers la vessie que nous devons porter nos regards, et c'est en examinant cet organe que nous trouverons la plupart des circonstances qui déterminent la formation des fistules vésico-vaginales.

D'abord une inflammation profonde de la vessie ayant son siége principal dans le bas-fond de cet organe, peut communiquer cette inflammation au vagin et tous deux peuvent être frappés d'une escharre gangréneuse dont la chute établira une communication entre les deux cavités et de la ves-

sie et du vagin partant une ouverture vésico-vaginale, qui, après un certain laps de temps de durée prend le nom de fistule vésico-vaginale. Car, pour le dire ici en passant, le nom de fistule ne doit être donné qu'à une affection chirurgicale qui a duré plus ou moins long-temps et pendant lequel elle portait le nom de plaie, d'ulcération, etc. D'autres fois, et c'est une cause assez fréquente, un calcul séjournant dans le bas-fond de la vessie détermine l'érosion de ses membranes; à la suite de leur destruction l'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire sus-vaginal, détermine l'inflammation de ce conduit, et à travers une perforation inévitable à la suite des progrès de cette maladie, la pierre se présente dans le vagin, et après son extraction on peut voir encore l'établissement d'une fistule vésico-vaginale.

D'autres fois, le calcul, quoique volumineux, ne détermine point d'inflammation dans le bas-fond de la vessie ; mais le volume augmente pour ainsi dire de jour en jour ; il proémine dans la cavité du vagin. Le chirurgien reconnaît facilement sa présence en le touchant à travers les parois vaginales. L'indication est évidente ; l'extraction du calcul est faite par la voie la plus favorable que la nature puisse indiquer, c'est à dire à travers la paroi antérieure du vagin.

Cette extraction peut encore produire une fistule vésico-vaginale. Un corps étranger, introduit

dans la vessie, et qui tendrait à s'échapper par le vagin, pourrait être une cause de ces sortes de fistules. Le docteur Faure a publié, dans les Annales de la Société de médecine-pratique de Montpellier, une observation sur l'extraction d'un morceau de bois qui avait pénétré dans la vessie d'une jeune fille. Il fit une incision à la partie supérieure et gauche du vagin, rendue saillante par l'extrémité du morceau de bois introduit dans la vessie, et à travers cette ouverture, il fit l'extraction de ce corps étranger qui avait trois pouces neuf lignes de longueur et quinze lignes de circonférence. Ce chirurgien fait la remarque que ce morceau de bois, qui n'avait séjourné dans la vessie que pendant quinze jours, présentait déjà à sa surface une concrétion calcaire.

La malade guérit si promptement, que le huitième jour elle avait déjà repris ses occupations ordinaires. Cette opération nous prouve que la vessie, quand elle se trouve dans un état sain, peut être blessée, peut être incisée sans qu'il en résulte une fistule vésico-vaginale. Quelles sont donc les causes qui peuvent produire cet état pathologique?

Je crois que c'est à tort qu'on accuse les sages-femmes et les accoucheurs de déterminer, par de fausses manœuvres, par de vicieuses applications d'instrumens, la formation des fistules vésico-vaginales. La seule cause, la cause essentielle, la

cause exclusive, qu'on me pardonne cette expression, c'est le séjour prolongé de la tête de l'enfant dans le bassin pendant le travail de l'accouchement. En effet, cette tête pressant fortement et constamment un repli de la vessie contre le pubis, les contractions énergiques de l'utérus poussant violemment la tête vers le point de compression, déterminent une contusion profonde de la vessie et du vagin ; cette contusion est portée quelquefois jusqu'à la gangrène de toutes les tuniques de l'organe vésical, en sorte qu'à la chute de cette double escharre vésico-vaginale, les urines s'échappent par le vagin. Il existe alors une perforation des tuniques vaginales et vésicales, par conséquent une fistule vésico-vaginale, et je suis convaincu que sur trente fistules qui méritent ce nom, vingt-neuf au moins reconnaissent pour cause celle que je viens d'indiquer. Aussi, c'est avec peine que je vois de jeunes écrivains copier les pages écrites par leurs prédécesseurs, et, comme eux, condamner, sans réfléchir, la conduite des personnes qui se livrent à l'art des accouchemens; car il m'est démontré que, quand bien même un accoucheur ou une sage-femme voudraient avec le forceps pincer et contondre jusqu'à la gangrène les membranes de la vessie, ils n'y parviendraient pas. Mais il appartient à l'espèce humaine d'être un peu accusatrice; espérons que quelque jour

elle s'amendera. C'est, je pense, ce qu'elle a de mieux à faire.

Les signes de la fistule vésico-vaginale sont faciles à reconnaître ; ils sont rationels ou sensibles. Rationels : accouchement long, très long, douloureux, laborieux ; quelques jours après l'accouchement, sept ou huit, je suppose, suintement urineux, non interrompu à travers le vagin ; la malade tourmentée par des cuissons, des douleurs, des excoriations, des sécrétions mucoso-purulentes, accidens qui sont tous déterminés par le passage de l'urine dans le vagin. Quel sera le pronostic d'une pareille affection ? il sera toujours en raison du diamètre de l'ouverture qui existe à la vessie. En effet, si l'ouverture est petite, si la perte de substance est peu considérable, on peut espérer que cette maladie cédera à l'action des moyens dirigés contre elle ; si, au contraire, l'ouverture de la vessie est large, arrondie, il est à craindre que l'art, quelque ingénieux qu'il soit, ne combatte cette maladie qu'avec des armes impuissantes.

Les anciens ont eu peu occasion d'observer ces sortes de maladies ; cependant le docteur Gravis, dans la thèse qu'il a soutenue en 1822, nous rapporte une observation de Fabrice Hilden, qui prouve la possibilité de guérir ces sortes d'affections.

Cet auteur, dans sa Chirurgie, observation

soixante-neuvième, donne l'histoire d'une dame qui, après un travail très douloureux et l'expulsion d'un fœtus mort, fut sujette à une fistule par où l'urine s'écoulait continuellement, et qui donnait aussi passage aux liquides qu'il injectait dans la vessie à l'aide d'une sonde. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la guérison de cette maladie fut complète après huit mois de traitement, qui consista uniquement dans l'usage de frictions sur les lombes, de purgatifs, et surtout d'injections composées d'une décoction d'orge, de pépins de coing et de semences de fénu grec, à laquelle on ajoutait de l'huile d'amandes douces et de miel rosat. Je vais extraire un passage de cette histoire, qui paraît des plus intéressantes.

« *Illa autem continuò usa medicamentis (ut » dixi) conglutinantibus, et per intervalla etiam » purgantibus, intra menses octo, non sine ad- » miratione omnium eorum quibus res cognita » plane curata fuit, adeò ut nunc Dei optimi » maximâ gratiâ ne guttula quidem urinæ invo- » luntariæ affluat, sed à vesicâ colligatur, reti- » neatur et excernatur non aliter ac si antea nun- » quam male affecta fuisset.* »

On a employé successivement pour le traitement de ces fistules :

1° Les lotions et injections émollientes, soit dans la vessie, soit dans le vagin, et quelquefois on a ob-

tenu la guérison complète de cette affection par l'emploi des moyens que je viens d'indiquer, surtout quand ces moyens ont été secondés par l'usage de boissons adoucissantes, de bains prolongés et d'un régime régulier. Cette méthode de traitement ayant échoué dans différentes circonstances on a employé la compression.

Desault (Traité des maladies urinaires) affirme avoir guéri des fistules vaginales, dont la grandeur lui permettait d'introduire facilement son doigt dans la vessie. La méthode qu'il conseille est fondée sur deux principes : 1° détruire le passage des urines dans le conduit vulvo-utérin ; 2° s'opposer à l'écartement des deux lèvres de la plaie et les tenir en contact le plus immédiatement possible.

Il choisissait une sonde dont le calibre était gros et les yeux largement ouverts ; elle était destinée à rester dans le point le plus déclive de l'organe, de sorte que son œil recevait sans cesse l'urine qui arrive des urétères et sa position qui devait être invariable, favorisait la sortie du liquide excrémentitiel. Pour fixer la sonde, Desault avait coutume de mettre en usage « une machine en « forme de braye, dont le cercle assez long pour « embrasser sa partie supérieure du bassin, sup- « porte à sa partie moyenne une plaque ovalaire « qui doit être placée sur le pubis. Au milieu de

« cette plaque est une coulisse dans laquelle glisse
« une tige d'argent recourbée de manière qu'une
« de ses extrémités percée d'un trou, tombe au
« dessus de la vulve au niveau du méat urinaire.
« Cette tige peut être fixée sur la plaque au moyen
« d'un écrou. »

Il faut, quand tout est disposé, faire passer l'extrémité de la sonde dans l'ouverture de la tige qui se rend à la coulisse.

Conséquent avec ses principes, le chirurgien maintenait rapprochées les lèvres de la division en introduisant dans le conduit vulvo-utérin un tampon cylindrique en linge, qu'il poussait de dehors en dedans afin de refouler en arrière la lèvre antérieure de la solution de continuité qui était mise en contact avec la lèvre postérieure. L'ouverture fistuleuse était alors réduite en une fente transversale. Mais cette méthode est très infructueuse et demande en général un espace de temps beaucoup trop long, et encore il doit échouer le plus souvent, malgré la patience des malades et le talent du praticien. On a donc eu recours à la cautérisation.

M. le baron Dupuytren a été conduit à appliquer le cautère actuel par les motifs suivans: quand le boursoufflement des lèvres de la solution de continuité est considérable; lorsqu'il se forme une cicatrice dense, épaisse des bords de la plaie; lors-

qu'enfin la cautérisation par le nitrate d'argent est trop superficielle et ne produit pas le gonflement nécessaire à la jonction des lèvres écartées de la fistule ; c'est alors que le feu doit être mis en usage.

M. le professeur Dupuytren a inventé un instrument qui a pour but de rapprocher les lèvres postérieures de la fistule des lèvres antérieures. Cet instrument, qu'il m'a été impossible de me procurer, est une sonde de femme d'un volume assez considérable pour contenir deux leviers, qui sortent à volonté dans l'intérieur de la vessie et qui rentrent aussi dans le corps de la sonde au moyen d'une tige centrale, chargée de la faire mouvoir au gré de l'opérateur. De la charpie placée au devant du méat urinaire et devant une plaque externe appliquée à la canule, pousse le méat urinaire, et par conséquent les lèvres antérieures de la fistule vers les bords postérieurs. Cette méthode n'expose pas à déchirer les lèvres des fistules, comme les érignes du professeur Lallemand.

Le docteur Bellini employa en 1827 à l'hôpital de Rovigo le cautère chauffé à blanc chez une femme de 22 ans qui avait depuis cinq mois une fistule vesico-vaginale déterminée par un accouchement qui avait duré 48 heures; la malade sortit guérie de l'hôpital.

Dans le Mémorial des hôpitaux du midi, M. le professeur Delpech rapporte l'observation d'une femme de 48 ans qui présentait au bas-fond de la vessie urinaire un pouce en arrière de la symphise pubienne une ouverture capable d'admettre le doigt indicateur; ses bords étaient épais, garnis d'un bourrelet inégal et de rides profondes. Cette malade fut soumise à l'emploi de la cautérisation pratiquée tantôt avec le fer chauffé à blanc tantôt avec le nitrate d'argent fondu, et après 44 jours d'un traitement suivi avec persévérance, la malade présenta tous les signes d'une guérison complète.

Ce moyen, extrêmement difficile dans son application, difficile surtout à cause de la mobilité des parties sur lesquelles on agit, à cause du peu d'épaisseur et d'étendue de ces mêmes parties, a réussi quelquefois; mais le plus souvent, il a échoué entre les mains les plus habiles.

La cautérisation a été employée successivement par un grand nombre de praticiens; mais le peu de certitude sur la suite et les résultats de cette application, l'a fait abandonner pour y substituer la suture.

Le premier procédé opératoire a été proposé par Roouhuysen. Il introduit dans le vagin un *speculum utéri*, puis il avive les bords calleux de l'ouverture fistuleuse avec un bistouri ou des ciseaux,

ou bien une pince tranchante, puis il les réunit à l'aide d'aiguilles faites avec la pointe cornée de plumes de cygne qu'il maintient par la suture entortillée, ensuite il remplit le vagin avec une éponge; plus tard, ce procédé a été suivi par Tatio et Volter, seulement ce dernier introduisait un cathéter dans la vessie et réunissait par la suture.

Schreger employait avec succès la suture de Pelletier qu'il pratiquait à l'aide d'une aiguille courbe, et d'une pince spéciale. En outre il passait les deux extrémités du fil à travers une série de petites boulettes en bois et faisait un nœud sur la dernière.

Chranam pratiquait la suture avec deux fils qu'il introduisait à l'aide d'aiguilles fortement courbées, supportées par le porte-aiguille de M. le professeur Roux : il les retirait avec une longue pince; ensuite il faisait le nœud avec les deux indicateurs portés dans le spéculum. Au bout de cinq jours on trouva les deux fils tombés sans que le nœud se fût desserré, et la guérison était complète.

Schmitt croit que cette opération pourrait être facilitée par les aiguilles nouvellement proposées par Dieffenbach pour la staphyloraphie; toutefois

en se servant de fils de plomb et de pinces convenables.

Le docteur Nœgèle s'est occupé spécialement de l'étude de ce moyen, et paraît l'avoir appliqué avec avantage. Sa méthode consiste à rendre les bords de la fistule saignans et à les maintenir ensuite réunis. A ce dernier effet, M. Nœgèle emploie la ligature ou un instrument composé de deux plaques articulées, garnies de crochets sur une de leurs faces et susceptibles d'être rapprochées l'une de l'autre.

Quant à la ligature, le docteur Nœgèle la pratique avec une aiguille analogue à celle de Deschamps pour la ligature de l'artère poplitée, mais terminée par une pointe, acérée et garnie d'un seul chas. Le doigt indicateur le long duquel il l'introduit et qu'il place à la face interne ou externe de la fistule, selon qu'il veut percer l'une ou l'autre lèvre facilite la perforation qui, sans cette attention, serait impossible à raison de la mobilité de la cloison vésico-vaginale; la ligature une fois engagée, il en fixe les bouts au dehors par une emplâtre agglutinative après l'avoir toutefois fortement tortillée afin de maintenir les lèvres de la plaie aussi rapprochées que possible. L'usage d'un serre-nœud ne serait-il pas plus convenable dans cette circonstance? Le docteur Nœgèle propose encore un moyen qui consiste à traverser les lèvres de

la fistule avec des aiguilles courbes fixées entre les mors d'une pince; mais susceptibles de s'en dégager, et autour desquels on tortille ensuite un fil ciré.

Enfin, le même docteur propose un troisième moyen, c'est de traverser les lèvres de la fistule par l'intérieur de la vessie en se servant d'une sonde ouverte plus courbée que la sonde ordinaire de femme, et renfermant un dard élastique terminé en fer de lance et fenêtré pour l'introduction du fil ciré: la sonde étant placée dans la vessie, le doigt placé dans le vagin en fixe le bec à un endroit convenable, et le chirurgien pressant de l'autre main le ressort, fait traverser l'aiguille du chas de laquelle il dégage le fil dont il passe ensuite de la même manière la seconde extrémité dans l'autre lèvre, en sorte que la convexité de l'anse se trouve tournée du côté de la vessie. Ces procédés ingénieux publiés par leur auteur en 1812, ont besoin d'être expérimentés pour établir les résultats à l'aide desquels seuls peut se former l'opinion des praticiens sur les avantages et les inconvéniens de leur application.

Le 28 août 1828, le docteur Malagodi, de Bologne pratiqua la suture dans un cas de fistule vésico-vaginale; il décrit lui-même cette opération dans les termes suivans:

« J'introduisis l'index de la main droite recou-

vert d'un doigtier en peau, dans l'ouverture fistuleuse; je fléchis les deux dernières phalanges en guise de crochet, et amenai le plus possible, en le tirant par en bas, le bord calleux gauche de cette ouverture à l'orifice du vagin. Je pris alors de la main opposée un bistouri droit, et je coupai sur mon doigt au moyen d'une incision semi-lunaire, le bord que j'avais fait saillir. Je répétai la même opération du côté opposé en changeant toutefois de main, c'est à dire en introduisant et opérant avec la main droite. En rafraîchissant ainsi les bords de la plaie, je n'avais pas encore atteint le but que je m'étais proposé, d'établir, comme dans toutes les blessures, la réunion par première intension. Trois cordonnets portant à chacune de leurs extrémités une aiguille très courbe et très petite, et une tige sur laquelle les aiguilles pouvaient être fixées et laissées à volonté, furent les instrumens dont je m'étais muni pour pratiquer cette réunion. J'introduisis l'indicateur droit dans l'ouverture avivée, de manière que le dos de la main regardait le corps de la malade, le pouce en bas et le petit doigt en haut, et je ramenai sous mes yeux la lèvre gauche de l'ouverture vagino-vésicale. Pressant alors de la main gauche une aiguille fixée sur son manche, je l'enfonçai près de l'angle postérieur de la plaie, en la faisant pénétrer avec le secours du doigt

d'arrière en avant. Après cette première aiguille, j'en passai une seconde de la même manière, puis une troisième à des distances égales ; de telle façon qu'ayant répété la même opération du côté opposé, je nouai les cordons deux à deux, et je pus amener ainsi à un contact immédiat et dans toute leur longueur, les bords de la plaie que j'avais appropriés au moyen des deux incisions semi-lunaires.

Je remis la malade dans son lit en lui recommandant de rester couchée sur le dos, je lui introduisis dans la vessie, par l'urètre, une sonde à demeure, destinée à faire écouler dans un vase placé plus bas toute l'urine qui serait versée par les uretères. Cette précaution me paraissait indispensable pour que la stagnation de l'urine ne troublât pas la réunion immédiate que je voulais obtenir.

Pendant le cours de la seconde journée, l'urine passa par la sonde et pas une goutte par la plaie. Il n'en fut pas de même le lendemain, où je trouvai baigné de ce liquide, le peu de charpie que j'avais introduit dans le vagin ; je replaçai la malade le quatrième jour, dans la position de l'opération. Je vis que les deux points de suture postérieurs s'étaient maintenus ; je les enlevai, et la réunion se montra parfaitement accomplie là où les bords étaient restés en contact. Le point antérieur au contraire avait déchiré la lèvre gauche de

la plaie, et il en était résulté qu'un tiers à peu près de l'ouverture primitive ne s'était pas cicatrisé. Je ne désespérai pas néanmoins d'obtenir la guérison complète, bien que la cautérisation par le nitrate d'argent n'eût produit aucun avantage, quand l'ouverture fistuleuse permettait le passage du doigt. J'espérai que le même moyen serait plus efficace alors que cette ouverture avait été réduite au diamètre d'une sonde ordinaire. J'eus donc recours à la cautérisation, et au bout de trois semaines environ, j'obtins une amélioration sensible. La sonde fut constamment laissée dans la vessie. Je continuai encore l'emploi du caustique pendant quelques semaines et la malade fut complètement guérie vers le commencement de janvier. »

La suture paraît avoir excité à un haut degré l'attention des praticiens, et comme les moyens employés aujourd'hui pour la pratiquer n'ont pas toujours produit les résultats qu'on pouvait désirer, plusieurs imaginations actives et fécondes se sont mises en campagne, et déjà dans la première partie de cette thèse j'ai signalé des instrumens inventés par le docteur Colombat (de l'Isère); je suis autorisé à faire connaître aujourd'hui un nouvel instrument ou plutôt de nouveaux instrumens inventés par un de nos confrères dont l'esprit vif, ardent et toujours en action, ne cesse de

faire des recherches pour soulager la douleur, mérite sous tous les rapports l'estime de ses collègues et la reconnaissance des malades, c'est M. le docteur Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu. Ce praticien m'a fait voir dans ses salles une malade qui, après un accouchement très long et très laborieux, présente une fistule vésico-vaginale assez large pour permettre à l'extrémité de l'indicateur de la main gauche de parcourir l'étendue d'une ouverture arrondie occupant un des points du bas fond de la vessie. M. Récamier se propose de traiter cette fistule par une suture tout à fait particulière et c'est pour la pratiquer qu'il a inventé trois instrumens dont je vais tâcher de donner la description :

L'un de ces instrumens présente deux tiges qui glissent l'une sur l'autre et qui, à leur extrémité, que j'appellerai *vésicale*, présente une disposition telle que la plus longue et la plus élevée va s'appliquer derrière un des bords de la fistule pour le soulever et faciliter la section à l'aide de la seconde partie de l'instrument. Un second instrument à peu près pareil est employé pour la section de l'autre bord. Les lèvres de la fistule étant ainsi avivés, deux tiges de fer soutenant des aiguilles d'argent représentant à peu près la forme d'un petit forceps, la suture est pratiquée à l'aide de ces mêmes aiguilles qui peuvent être détachées

de la tige par le moyen d'un instrument fait *ad hoc*. L'avenir nous apprendra quels seront les résultats de cette opération fort ingénieuse et sur lesquels il est impossible de rien préjuger.

Sortant des chemins parcourus jusqu'ici par ses prédécesseurs, M. le professeur Lallemand a ouvert une route nouvelle. Sa méthode, à laquelle il est difficile de donner un nom, est basée sur un procédé, qui tend, d'une part, à rapprocher le bord postérieur de la fistule de la partie antérieure de la vessie, et à pousser, d'autre part, le bord antérieur de cette même fistule vers son bord postérieur. Je vais, autant que possible, chercher à faire comprendre la théorie de cette méthode, en rapportant l'observation suivante :

Après un accouchement pénible, dans lequel la tête d'un enfant, sorti par les pieds, séjourna 7 heures dans le bassin, madame M... éprouva d'abord une rétention, puis une incontinence d'urine ; une perforation, de la largeur d'une pièce d'un franc, existait à la paroi postérieure du col de la vessie ; la sonde à demeure dans la vessie et le tampon dans le vagin n'avaient rien produit. La cautérisation par le nitrate d'argent n'avait eu aucun succès. Lorsque M. Lallemand vit la malade, la fistule avait la forme d'une fente transversale, circonstance qu'il pensa devoir être la plus ordinaire, ce qu'il jugea très favorable au succès de ses tentatives. Il pensa d'abord à mettre

en contact les lèvres de la perte de substance, en les tiraillant en travers; un spéculum, composé de deux pièces en forme de cuillère, qui s'écartaient à volonté, fut destiné à produire cet effet, et l'on vit qu'il amenait momentanément le résultat désiré; mais son séjour devint bientôt insupportable à la malade, et il fallut y renoncer. Les bords de la fistule avaient auparavant été avivés à l'aide du nitrate d'argent porté dans le vagin sur un anneau fixé à la dernière phalange du doigt indicateur; ce premier soin précéda l'application d'un instrument plus efficace que le premier. C'est une grosse sonde (appelée par M. Lallemand, sonde airigne) ou canule d'argent, percée de deux petits trous qui doivent donner passage à deux griffes ou crochets, destinés à percer et saisir la lèvre supérieure de la fistule. Ces crochets sont poussés hors de la canule après qu'elle a été convenablement enfoncée dans l'urètre par une tige sur laquelle ils sont articulés. L'extrémité de la canule qui reste au dehors traverse une plaque mobile en argent et un ressort à boudin qui écarte cette plaque du pavillon de la canule. Celle-ci introduite et les crochets placés, un bourrelet de charpie fut insinué entre la plaque et l'orifice de l'urètre. Le ressort, auparavant comprimé, poussa alors la plaque, le bourrelet, le méat urinaire, et conséquemment la lèvre inférieure de la

fistule vers la lèvre supérieure, tandis que celle-ci était tirée par les crochets vers l'inférieure. Après trois jours et demi, l'instrument avait considérablement réduit la fistule. Une deuxième application procura une guérison complète; cependant, à diverses reprises, un pertuis étroit s'établit momentanément, et donna issue à un peu d'urine; il fut obstrué une fois par la cautérisation avec le nitrate d'argent; une autre par l'application de la sonde pendant peu de jours; mais quelques mois après l'opération, ces légères récidives cessèrent complètement; et, comme nous l'avons dit, elles n'ont pas reparu depuis, malgré d'assez violentes épreuves.

Ce procédé a déjà subi plusieurs modifications. M. Laugier a inventé un instrument composé de deux branches; chacune d'elles est armée de trois crochets destinés à pénétrer modérément dans chaque lèvre de la plaie, mais suffisamment pour y prendre un point d'appui et pour rapprocher les lèvres de l'ouverture l'une de l'autre, en remplissant les indications d'un bandage unissant. Cet instrument, très ingénieux, ne peut servir que pour les fistules longitudinales. Il peut d'ailleurs être modifié dans ses dimensions et dans sa direction, de manière à rendre de grands services dans le traitement des fistules vésico-vaginales, et je ne vois pas pourquoi il ne

serait pas employé aussi pour le traitement des fistules recto-vaginales.

Espérons que toutes ces inventions, que toutes ces tentatives obtiendront les résultats que méritent tant de travaux, de recherches et de dévouement. Craignant de voir toujours échouer les méthodes employées, vantées et abandonnées tour à tour pour le traitement de la fistule vésico-vaginale, un de nos jeunes confrères, qui ne doit qu'à son travail et à ses efforts la position honorable qu'il occupe aujourd'hui, M. Vidal de Cassis, a conçu l'idée d'oblitérer complètement le vagin, afin d'en faire un annexe de la vessie. Il pense que si cette oblitération peut être obtenue, le vagin sera transformé en bas-fond de la vessie, fera corps avec elle, et remplira de moitié les fonctions de cet organe, qui consiste, d'une part, à recevoir les urines apportées par les urétères, et à les expulser à certaines heures de la journée d'une manière plus ou moins régulière. Déjà il a appliqué l'emploi de ce moyen. Dans une des salles de l'hôpital des vénériens existe une femme qu'il a opérée, le 5 juillet. J'ai été voir avec lui cette femme le 12; à cette époque, les urines coulaient en totalité par la sonde introduite dans la vessie; les plaies pratiquées à la vulve, et réunies au moyen des sutures, paraissaient marcher à une cicatrisation heureuse. Si cette cicatrice se consolide, si les urines

peuvent reprendre leur cours en totalité par le canal de l'urètre, notre jeune confrère aura résolu un des plus beaux problèmes que la chirurgie moderne ait mis en question.

Quant à moi, je fais les vœux les plus ardens pour que cette idée si belle, si grande, si féconde, obtienne tout le succès qu'elle mérite.

TROISIÈME SECTION.

Des fistules vaginales communiquant avec le rectum et avec la vessie.

Ces fistules multiples sont assez rares pour exciter tout notre intérêt. Je vais en rapporter un exemple consigné dans la Revue française, août 1832. Une paysanne portait depuis plusieurs années dans le vagin un pessaire en bilboquet, auquel elle n'avait jamais touché, parce qu'elle n'était nullement incommodée par sa présence (ces pessaires sont en ivoire comme on sait). Plus tard, cette femme éprouvant de la douleur, essaya de retirer

cet instrument par la petite tige dont il est muni. Au premier effort que la malade fit, la tige d'ivoire se détacha du cerceau qu'elle soutient, et ce cerceau resta dans le fond du vagin. Les souffrances de cette femme augmentaient de jour en jour, et plus tard elle s'aperçut qu'une partie des matières fécales sortait par le vagin avec les urines. Elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu de Paris. M. le professeur Dupuytren, aux soins duquel elle s'était confiée, en pratiquant le toucher par le rectum, sentit une partie du pessaire à nud dans cet intestin, et en sondant la vessie, il reconnut que le même corps était également saillant dans le réservoir des urines. Les tentatives faites avec les doigts pour extraire ce pessaire ayant été inutiles, M. Dupuytren fit faire une grosse tenette armée de dents, à l'aide desquelles il essaya de briser par le rectum la portion du pessaire qui y proéminait, il ne put y parvenir : la tenette fut alors introduite dans le vagin qui se laissa dilater pour livrer passage au corps étranger qui fut extrait en entier par cette voie.

Le repos et une sonde à demeure dans la vessie suffirent pour favoriser la guérison de cette double fistule dans l'espace de trois semaines.

Nous devons conclure de tout ce qui précède : 1o que les fistules recto-vaginales et vésico-vagina-

les sont d'autant plus faciles à guérir, qu'elles ont été produites par des incisions, par des déchirures, par l'action des corps piquans et tranchans, quelles que soient les causes qui leur ait donné naissance;

2° Que leur guérison est au contraire très difficile à obtenir quand elles sont la suite d'une compression longue, violente, continuée jusqu'à la gangrène, qui présente alors une ou plusieurs escharres dont la chute laisse toujours une perforation produite par une perte de substance difficile et trop souvent impossible à réparer.

Je crois devoir, en terminant cette thèse, rappeler ici ce que notre estimable confrère, M. le docteur Samson, dans une de ses deux belles et bonnes leçons, disait aux nombreux élèves remplissant l'amphithéâtre de la Faculté, relativement à la leçon de clinique.

Le professeur de clinique (disait-il), laissant au professeur chargé de faire les leçons théoriques et historiques sur les maladies chirurgicales le soin de développer les systèmes et les opinions de ses prédécesseurs;

Laissant au professeur d'opérations le soin de démontrer les instrumens de l'arsenal chirurgical; d'indiquer les différens procédés opératoires, de décrire les nombreuses et différentes méthodes inventées, employées et abandonnées tour à tour.

Le professeur de clinique, riche de toutes les leçons de ses maîtres, riche de toutes les lectures dans lesquelles il a mis les auteurs à contribution ; riche surtout de tout ce qu'il a entendu, lu et vu par lui-même, doit arriver au lit du malade avec des convictions personnelles, des convictions intimes à l'aide desquelles il juge promptement et sûrement la maladie soumise à son examen, sous le rapport de l'œtiologie, du diagnostic, du fragnostic et du traitement. En effet, au lit du malade il ne s'agit pas de parler beaucoup et de parler long-temps, il faut parler peu, mais parler juste ; au lit du malade il ne s'agit pas de parler haut et de parler fort, il faut parler bas, mais parler bien; au lit du malade il ne s'agit pas d'esquiver la question en faisant des excursions brillantes sur les différens domaines de la science, il faut mettre le doigt sur la plaie et ordonner ou appliquer un prompt remède. Enfin, au lit du malade il faut laisser de côté la phraséologie, faire la chirurgie pratique, basée sur une expérience sage, ferme et consommée, ayant pour but l'intérêt exclusif du malade qui réclame les lumières de la science, la dextérité de l'art et la sollicitude d'une ame forte, ardente et généreuse.

FIN.